

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica
e/ou diabetes mellitus da UBS Francisco da Silva, Iracema/RR**

Orlando Carbonell Vargas

Pelotas, 2015

Orlando Carbonell Vargas

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica
e/ou diabetes mellitus da UBS Francisco da Silva, Iracema/RR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família Ead da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Débora Zanutto Cardillo

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

V297m Vargas, Orlando Carbonell

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBS Francisco da Silva, Iracema/RR / Orlando Carbonell Vargas; Debora Zanutto Cardillo, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

82 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Cardillo, Debora Zanutto, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A Deus por sua benção de cada dia.
Aos meus filhos por ser a razão de meu viver
mesmo pela distância que nos separa.

Agradecimentos

Agradeço a toda minha família pelo seu apoio.

Assim como as duas equipes, gestores e demais trabalhadores da Unidade.

Resumo

VARGAS, Orlando Carbonell. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da UBS Francisco da Silva, Iracema/RR.** 2015. 78f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A literatura demonstra que no mundo, além dos esforços das instituições e os sistemas de saúde de quase todos os países a incidência e a prevalência da hipertensão e a diabetes cada dia é maior, no Brasil a prevalência da hipertensão varia entre 22% e 44% para adultos, aumentado com a; já a prevalência autorreferida da Diabetes Mellitus (DM) na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011, o que aumenta ainda mais com a idade da população. O trabalho de conclusão de curso mostra a experiência de uma intervenção vivenciada na unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) situada no município de Iracema do estado de Roraima. O foco da atuação foi a qualificação da atenção ao usuário hipertenso e diabético da área de abrangência, tendo como guia o Caderno de Atenção Básica produzido pelo Ministério da Saúde. Mediante análise situacional, constatou-se que havia necessidade de intervir na situação de saúde do hipertenso e/ou diabético, pois temos um grande número de usuários portadores das referidas doenças e com os registros necessitando melhorar a qualidade. Os dados foram coletados por meio de ficha espelho e planilha de coleta de dados. A estimativa de hipertensos na área adstrita pela população de mais de 20 anos é de 520 hipertensos e 133 diabéticos e, na Unidade Básica de Saúde (UBS), não tinham um registro certo e a qualidade do atendimento não era regida como é proposta pelo Ministério da Saúde, eles só procuravam a UBS para a troca de receita e/ou outros agravos. Diante desta intervenção foi proposta a ampliação da cobertura assim como garantir a qualidade do atendimento. A intervenção ocorreu durante um período de 16 semanas, de fevereiro a junho de 2015. Após a intervenção, e além de não atingir a meta de um 50%, tivemos melhorias importantes, durante os quatro meses da intervenção conseguiu-se cadastrar 133 hipertensos (24,6%) e 49 diabéticos (36,8%), Durante a intervenção a equipe realizou a estratificação de risco cardiovascular e exame clínico apropriado em 100% dos usuários, garantindo a todos a solicitação dos exames complementares de acordo com o preconizado no protocolo Ministerial, mais deles 72 hipertensos (54,1%) e 33 diabéticos (67,3 %) realizaram os exames complementares solicitados pela equipe de saúde da Unidade, foi priorizada a prescrição de medicamentos da farmácia popular aos 100% destes usuários. A realização da avaliação odontológica foi atingida em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos. A intervenção possibilitou a formação de um vínculo maior com os usuários e familiares, e também a melhoria da qualidade da assistência. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, visto que toda a equipe foi capacitada para atuar com estes usuários, e logo após a intervenção, o atendimento desta ação programática de hipertensos e/ou diabéticos já faz parte da rotina do serviço.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão arterial sistêmica.

Lista de Figuras

Figura 1: Equipe em visita domiciliar da UBS Francisco da Silva, Iracema/RR, 2015.	55
Figura 2: Médico realizando visita domiciliar da UBS Francisco da Silva, Iracema/RR, 2015.	56
Figura 3: Grupo de hipertensos e/ou diabéticos na UBS Francisco da Silva, Iracema/RR, 2015.	57
Figura 4: Grupo de idosos com hipertensão e/ou diabéticos na UBS Francisco da Silva, Iracema/RR, 2015.	58
Figura 5: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Francisco da Silva, Iracema/RR, 2015.	61
Figura 6: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Francisco da Silva, Iracema/RR, 2015.	61
Figura 7: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Francisco da Silva, Iracema/RR, 2015.	62
Figura 8: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Francisco da Silva, Iracema/RR, 2015.	63

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACHC	Anticorpo para vírus da hepatite C
AGSHB	Antígeno de superfície do vírus da hepatite B

APS	Atenção Primária de Saúde
CAP	Caderno de ações programáticas.

CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
-----	--

DM	Diabetes Mellitus
----	-------------------

EAD	Ensino À Distância
-----	--------------------

ESF	Estratégia Saúde da Família
-----	-----------------------------

HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
-----	--------------------------------

HIV	Vírus de imunodeficiência humana.
-----	-----------------------------------

HIPERDIA	Grupo de Hipertensos e Diabéticos
----------	-----------------------------------

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
------	---

IMC	Índice de Massa Corporal
-----	--------------------------

MS	Ministério da Saúde
----	---------------------

NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
------	------------------------------------

OMS	Organização Mundial da Saúde
-----	------------------------------

PA	Pressão Arterial
----	------------------

PMM	Programa Mais Médicos
-----	-----------------------

SUS	Sistema Único de Saúde
-----	------------------------

UBS	Unidade Básica de Saúde
-----	-------------------------

UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
-------	---------------------------------

UNASUS	Universidade Aberta do SUS
--------	----------------------------

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	20
2 Análise Estratégica	22
2.1 Justificativa.....	22
2.2 Objetivos e metas.....	24
2.2.1 Objetivo geral	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	25
2.3 Metodologia.....	26
2.3.1 Detalhamento das ações.....	27
2.3.2 Indicadores.....	43
2.3.3 Logística	50
2.3.4 Cronograma	53
3 Relatório da Intervenção.....	54
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	54
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	58
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	58
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	58
4 Avaliação da intervenção.....	60
4.1 Resultados	60
4.2 Discussão.....	66
5 Relatório da intervenção para gestores	69
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	72
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	74
Referências	75
Anexos	76

Apresentação

O presente volume apresenta o Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade Ensino à distância (Ead), promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) que versa sobre a intervenção voltada a qualificar a saúde das pessoas hipertensas e/ou diabéticas da UBS Francisco da Silva, Iracema, RR. Nesse sentido, o trabalho está dividido em sete capítulos, complementares entre si, na seguinte ordem:

Capítulo 1 – Análise Situacional – Relatório no qual está inserida a avaliação da Unidade Básica de Saúde (UBS), do serviço oferecido e de seu contexto local. Apresenta-se o município ao qual pertence à UBS em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

Capítulo 2 – Análise estratégica – Onde buscou descrever o planejamento e a definição das ações para a intervenção e melhoria dos trabalhos na UBS Bernadete Bezerra. Apresentam os objetivos, as metas do projeto, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, detalhando os indicadores, metas, logísticas e cronograma.

Capítulo 3 – Relatório de intervenção – Local onde será apresentado o relatório de intervenção, demonstrando as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados, bem como, uma análise dos resultados e da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina dos serviços.

Capítulo 4 – Avaliação da intervenção – Apresenta a análise e discussão dos resultados encontrados.

Capítulos 5 e 6 - Relatórios da intervenção para gestores e comunidade - Apresenta uma análise dos êxitos e dificuldades durante a intervenção.

Capítulo 7 – Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem –

Onde é apresentada a visão pessoal da autora sobre todo o processo de aprendizado, tendo como base os trabalhos desenvolvidos, as expectativas iniciais, o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Estratégia Saúde da família como parte fundamental na Atenção Primária de Saúde (APS) em minha UBS está nos primeiros passos ainda, porque tenho que fazer muitas mudanças primeiras na mentalidade da equipe toda e após isso, na comunidade, para que vejam a UBS como uma unidade preventiva e não somente curativa como é até agora. É um trabalho muito difícil, mas não impossível: só temos que ter calma e procurar as melhores estratégias com apoio dos agentes comunitários de saúde (ACS) que moram na própria comunidade e conhece melhor as costumes e modo de vida. Também é necessário ter um apoio e compressão da comunidade, avaliando a cada uma das pessoas como um ser biopsicossocial assim pode fazer uma boa análise da situação da saúde e encaminhar um bom projeto de intervenção.

Em nossa UBS temos uma boa estrutura de trabalho encaminhado a melhorar o estado de saúde da população. Nossos atendimentos neste centro de Saúde funcionam das 08h00min às 12h00min e das 14h00min às 18h00min, de Segunda à Sexta com o seguinte corpo de funcionários: 01 Gestor, 04 Médicos, 01 Ginecologista, 02 dentistas, 03 Enfermeiros, 01 Técnico de Farmacêutica, 1 Vacinadora, 05 Técnicas de Enfermagem, 02 Auxiliar de serviços gerais, 03 Recepcionistas, 03 Secretaria, 11 Agentes Comunitários de Saúde (Equipe Incompleta) e 2 Assistentes sociais.

Hoje nosso Centro de Saúde atende as Famílias de todo o município Iracema, motivo pelo qual a nossa necessidade de ser contemplado com mais dois profissionais do Programa Mais Médicos (PMM). Na nossa UBS são ofertados hoje os seguintes serviços à comunidade: Visitas Domiciliares; Consulta de Pré-Natal;

Puericultura, Coleta de Preventivo, Atendimento à Saúde: do Homem, da Mulher, do Idoso, do Adolescente; Educação em Saúde, Curativo, Vacinações e Demanda espontânea.

Este centro de saúde está cumprindo com seu objetivo que é melhorar a saúde da população, fazendo atividades de promoção e prevenção de saúde individual e coletiva tentando mudar estilos de vida. Cada dia têm mais gestantes nas consultas, fazemos mais puericulturas, as doenças crônicas não transmissíveis, como por exemplo, hipertensão e diabetes têm um melhor controle e conhecimento de sua doença. Mas temos muitas adolescentes grávidas precocemente, por não aderirem às medidas de prevenção à gestação, pior, há muitos usuários com doenças sexualmente transmissíveis por não uso de preservativo e alto grau de promiscuidade. Então, temos muito que fazer o trabalho com os adolescentes no risco pré-concepcional, é umas das metas que temos que buscar melhorar. Além disso, temos um problema com as doenças tropicais como o dengue pelo mau controle dos vectores transmissores na área, por isso com o trabalho constante nossa equipe podemos diminuir as incidências destas doenças e ter um melhor controle sobre elas.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Iracema, Roraima, Sua principal atividade econômica é a agropecuária. Está localizado a 92 km da capital do Estado, Boa Vista, e possui, pelo Instituto Brasileiro Geográfico e estatístico (IBGE) estimativa em 2014 de 10.043 habitantes. No município temos duas UBS: uma na cidade e outra no interior. A UBS do interior é tradicional e a que fica na cidade é um local adaptado. A UBS onde atuo é a da cidade e temos três equipes de estratégia saúde da família (ESF) com uma população de 8.251 habitantes. No município temos implantado o Núcleo de apoio à saúde da família (NASF), e o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e está nos primeiros passos. No município dispomos de um pequeno hospital com baixa lotação de medicamento e equipamentos. Com relação aos exames complementares só são realizados química sanguínea, urina e fezes, não é feito hemograma, e os exames de imagem são feitos nos municípios vizinhos ou na capital. Só contamos com a presença do especialista em gineco-obstetria, as consultas das demais especialidades são feitas na capital do estado.

Minha ESF está localizada na UBS Francisco da Silva. Contempla uma área de abrangência de 8.251 pacientes aproximadamente. Na UBS temos três equipes de saúde, uma técnica farmacêutica, a diretor, uma recepcionista, um fisioterapeuta, três dentistas, três técnicas em saúde bucal, duas vacinadoras, uma psicóloga, uma nutricionista, e o pessoal de apoio. Nossa equipe está composta por um médico, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, cinco agentes comunitários. O vínculo com o SUS é feito mediante a prefeitura. Tem vínculo de ensino com a Universidade Federal de Roraima. Atendemos pelo modelo de atenção de Estratégia Saúde da Família (ESF).

Estruturalmente está composta por uma recepção, sala de espera, farmácia, três banheiros, sala de vacinas, sala de curativo, sala nebulização, local dos ACS, direção, seis consultórios médicos, um consultório odontológico, consultório de enfermagem, farmácia, e uma copa. O espaço é pequeno, não tem sala de reuniões. As deficiências que mais atrapalham o desenvolvimento do trabalho na UBS são tamanho pequeno dos consultórios médicos, a presença da sala de espera e tiragem na frente dos consultórios, não dispor de um local para realizar as reuniões da equipe e a baixa cobertura de medicamentos no posto. O horário de atendimento é de segunda a sexta feira, das 08 horas até às 12 horas, e das 14 às 18 horas. Na UBS felizmente realizamos muitos procedimentos da equipe de saúde, fazemos coleta do teste do pezinho, coleta para exame preventivo de colo de útero, teste rápido de HIV, AGSHB e ACHC, vacinação, temos sala de curativo e consultório odontológico que facilitam o atendimento a população e principalmente aos grupos prioritários, mas ainda temos que esforçar nosso trabalho na pesquisa de doenças e o cadastramento e acompanhamento dos grupos prioritários. Nas reuniões da equipe e, com o apoio dos conhecimentos que vamos tendo com o desenvolvimento do curso, traçamos metas e proposta para melhorar a qualidade do atendimento.

Temos uma população total de 8.251 habitantes, sendo 5.139 do sexo feminino e 3.112 do sexo masculino. A estrutura da UBS não reúne todos os requisitos estruturais como estão no desenho das UBS modelos preconizados pelo Ministério da Saúde (MS), mas com a estrutura que possui e o esforço dos membros da equipe que, além das dificuldades, fazemos um atendimento de qualidade com um alto valor humano, tratando que os pacientes saiam satisfeitos com nosso trabalho. Como falei anteriormente temos que mudar o conceito da APS e fazer

maior trabalho preventivo para alcançar os indicadores propostos pelo MS e levar a qualificação dos membros da equipe.

Com relação à atenção à demanda espontânea, em minha UBS, não temos problemas, pois, além dos médicos das equipes, temos dois médicos que fazem atendimento diário e todos os pacientes recebem bom atendimento. O acolhimento dos pacientes é feito por todos os membros da equipe, desde a recepcionista, ACS, técnico de enfermagem, enfermeiro e médicos. Como UBS trabalham quatro equipes e dois médicos fazem atendimento à demanda espontânea o acolhimento diário é feito pela equipe que nesse momento fica na triagem até o momento não temos tido dificuldade nessa área.

Em nossa unidade de saúde fazemos acompanhamento de saúde da criança de 0 até 72 meses de idade, falo teoricamente porque embora exista o espaço para esse tipo de atendimento, temos pouca adesão desses usuários, mais nossa equipe está realizando um forte trabalho educativo para buscar melhorar esta situação. O atendimento é feito uma vez por semana num turno, pois das 48 crianças menores de um ano que temos cadastradas pela equipe em nossa área de abrangência, só três assistem à consulta de Puericultura, que são aquelas que suas mães foram atendidas por mim durante sua gravidez, nas quais pode realizar uma boa educação nelas para poder continuar o acompanhamento das crianças.

Do atendimento em puericultura infelizmente só participamos a enfermeiro e eu, pois os outros membros da equipe falam que não tem treinamento para esse tipo de consulta, pois antigamente não foram realizadas as consultas de crianças, por isso que a população não tem este hábito de acompanhamento. Já comecei um trabalho de capacitação para o engajamento dos outros membros da equipe nesse importante atendimento. Acho que de maneira geral a saúde da criança constitui um sério problema a resolver pelas equipes da UBS.

Normalmente quando a criança sai da consulta já tem agendada a próxima tendo em conta o protocolo de atendimento do MS. O maior fluxo de pacientes dessa idade em nosso posto é por problemas agudos. Os principais procedimentos feitos nas consultas são desenvolvimento psicomotor, ablactação, orientações às mães sobre elementos importantes da saúde da criança, prevenção dos acidentes e promoção de estilos de vida saudáveis, assim nas consulta de pré-natal insistimos na necessidade de fazer nos primeiros sete dias de vida o Teste de Pezinho, elemento importante para o diagnóstico precoce de doenças genéticas e a

importância dá consultas de puericultura. Os atendimentos são registrados nos prontuários médicos assim como caderneta da criança usando as tabelas do crescimento e desenvolvimento e a ficha espelho de vacinas. Uma dificuldade que estamos apresentando é que não temos um arquivo específico para os atendimentos, então é difícil ter esse controle, mas reconhecemos que é importante ter esse arquivo, pois facilitara nosso trabalho. Pela estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP) das três equipes, temos 91 do total de crianças menores de um ano residentes na área e acompanhadas na UBS, o que representa 84%. Destas 91 crianças, 21 para (23%) estão com consultas em dia de acordo com o protocolo do MS, 18 (20%) de atraso da consulta agendada em mais de sete dias, 100% com Teste do pezinho até sete dias, 13% com primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, 100% de Triagem auditiva. 21 (23%) tanto para monitoramento do crescimento na última consulta e monitoramento do desenvolvimento na última consulta. Temos que 100% estão com as vacinas em dia, 13% com avaliação de saúde bucal e 100% tanto para a orientação para aleitamento materno exclusivo, quanto para orientação para prevenção de acidentes.

Com relação ao atendimento de pré-natal, atualmente temos em consulta de pré-natal um total de 53 gestantes, de 51,53 das estimadas do total de população, o que fica com 103% da estimativa pelo CAP. Temos dificuldade na continuidade do acompanhamento, pois preferem ter atendimento em outros serviços e outras moram longe, além disso, temos muitas adolescentes que procuram atendimento tardio: umas por morar longe e as outras porque ocultaram a gravidez. Estamos fazendo um forte trabalho educativo mediante os agentes comunitários para buscar captar um maior número de gestantes no primeiro trimestre da gestação, para ter tempo adequado para modificar riscos e evitar complicações. Não temos dificuldades com a assistência delas as consultas. O problema está na avaliação especializada da saúde bucal, nós na consulta pré-natal fazemos a primeira avaliação, mais o acompanhamento pelo odontólogo resulta difícil, pois não se tem costume de ter este serviço de odontologia e, por mais que insistimos, a maioria não vai ao atendimento e estão sem essa importante acompanhamento.

A forma de registro utilizada em nosso serviço foi útil na hora de preencher o caderno de ações programáticas, pois permitiu ter acesso aos dados precisados que tínhamos registrados dos últimos 12 meses. Minha opinião a cobertura das consultas de pré-natal em nossa unidade, além das dificuldades e boa, pois as gestantes tem

atendimento com qualidade, logrando modificar riscos e diminuindo a morbimortalidade. Em relação aos indicadores de qualidade, temos 50 (94%) do pré-natal iniciado no 1º Trimestre, 49 (92%) das consultas em dia de acordo com calendário do MS, 100% de solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados, 51 (96%) com vacina antitetânica conforme protocolo, 100% com vacina contra hepatite B conforme protocolo, 100% com Prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo, 49% com exame ginecológico por trimestre, 43 (81%) com avaliação de saúde bucal e 100% de orientação para aleitamento exclusivo.

Quanto ao Puerpério temos aproximadamente 108 partos estimados nos últimos 12 meses, em nossa realidade 116 fizeram consulta puerperal, o que representa 107% do estimado, que são 108 pelo CAP. Todas (100%) foram avaliadas corretamente com todos os parâmetros da consulta, assim como foram feitas atividades orientadoras sobre cuidados básicos do recém-nascido, assim como aleitamento materno exclusivo, planejamento familiar e tiveram tanto as mamas quanto o abdome examinado, além do seu estado psíquico avaliado. 62% se consultaram antes dos 42 dias de pós-parto e tiveram a sua consulta puerperal registrada (72). 18% realizaram exame ginecológico (21) e 7% foram avaliadas quanto à intercorrências (8).

Embora a cobertura à consulta de avaliação puerperal esteja sendo feita com sucesso, ainda temos algumas dificuldades, pois se dificulta um pouco na hora de recuperar aquelas puérperas depois que saem da maternidade, pois elas em ocasiões se recusam a assistir as consultas planejadas pela nossa equipe, e a maioria prefere ficar em Boa vista ou no outro Município onde moram parentes ou seu parceiro e isto é uma dificuldade de captação e avaliação das mesmas, mas continuamos trabalhando a equipe toda nesse sentido para buscar uma maior porcentagem do atendimento.

Em minha UBS fazemos o atendimento da saúde da mulher numa frequência pelos médicos e os três enfermeiros, incluindo a coleta de material para exame citopatológico. Nas consultas fazemos orientações sobre o uso da camisinha, orientamos sobre aspectos fundamentais das DST, sobre tabagismo, manutenção do peso corporal e outros fatores de risco para câncer de colo de útero e mama. Normalmente são atendidas mulheres de outras áreas para coleta de preventivo, só que infelizmente não temos um adequado controle da quantidade exata, aspecto no

qual estamos trabalhando para melhorar. Um aspecto negativo é que só os médicos e enfermeiros trabalham neste programa e já começamos um processo de treinamento para os outros membros da equipe, assim como buscar o engajamento da equipe neste importante programa. Temos registro, mas não temos um controle da quantidade exata de exames realizados nos últimos três anos, e eu só tenho quatro meses de trabalho nesse posto, pois antigamente não tiveram esse registro claro, neste tempo não temos nenhum caso de citologia positiva nem diagnóstico de câncer.

Também não existe um registro do seguimento das mulheres, das datas dos exames, porém não tem certeza da quantidade real de atrasos, estamos tentando mudar aos poucos a forma que elas foram acostumadas a fazer preventivo: só quando elas solicitarem, sem ter em conta o protocolo, agora está desenvolvendo um trabalho com os ACS para melhorar o controle e fazer o trabalho bem organizado e guiado pelo protocolo do Ministério de Saúde.

Temos indicadores de qualidade do câncer de colo de útero muito baixo o total de mulheres acompanhadas na UBS é de 73%, ou seja, 867. Os indicadores de qualidade são 100% tanto para exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia, quanto para orientação sobre prevenção de CA de colo de útero e orientação sobre DST. Temos 97% Exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso, 1% Exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado, 99% Exames coletados com amostras satisfatórias e Exames coletados com células representativas da junção escamocolumnar e 2% Avaliação de risco para câncer de colo de útero. Temos que a liberação do resultado demora muito tempo, pois só temos um laboratório no estado onde é feito.

Quanto ao programa do câncer de mama o preenchimento não foi possível já que não temos um registro das mulheres as que são feitas as mamografias, só temos os prontuários clínicos, não temos arquivos específico e isto dificulta a revisão dos casos com mamografia com alteração. A cobertura das pacientes que tem acompanhamento na UBS fica em 85 %, uma boa representação, mas é ruim o seguimento adequado já que não temos as ferramentas necessárias para o bom acompanhamento. Com respeito ao indicador de qualidade, na minha UBS se faz avaliação de risco de câncer de mama e as pacientes recebem orientação sobre prevenção ao câncer de mama (100%), mas só isto não é suficiente, temos muito que melhorar no trabalho para alcançar uma melhor cobertura e uma melhor

qualidade do controle do câncer de mama, tomando como estratégia para levar um acompanhamento adequado e assim não perder o seguimento de mulheres com exame alterado, levar um registro específico do programa e um livro onde sejam colocados os resultados das mamografias uma vez feitas.

Quanto à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos na minha unidade, o atendimento é realizado duas vezes por semana, o total de hipertensos e/ou diabéticos sempre vai ser aproximado, pois as pessoas moram em casas alugadas temporariamente, e temos muita migração e emigração da população, aspecto que dificulta um bom registro delas assim como acontece os diabéticos, sendo assim, utilizamos a estimativa do CAP para estes dois grupos: 917 hipertensos e 262 diabéticos. Seguimos parcialmente o Protocolo desta ação programática.

Para os usuários com hipertensão, em todas as consultas, orientamos sobre ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, assim temos 100% de orientação sobre prática de atividade física regular e de orientação nutricional para alimentação saudável segundo o CAP. As pessoas descompensadas têm um atendimento especial, com o objetivo de diminuir as complicações e tratar a doença. Temos 73% de atraso da consulta agendada em mais de 7 dias (356) e 11% tanto para os exames complementares periódicos em dia quanto para a avaliação de saúde bucal em dia e realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico (53),

Já em relação aos usuários com diabetes, temos 56 (21%) do total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS e, em relação aos indicadores de qualidade temos somente dois indicadores com 100%, que são a orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável, já com 38%, temos estes indicadores: com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, com exame físico dos pés nos últimos três meses, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses e com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses (21). Temos 77% dos diabéticos com atraso da consulta agendada em mais de sete dias (43) e 27% com avaliação de saúde bucal em dia (15).

O atendimento é feito pelo médico ou enfermeira da unidade. São realizados grupos, ajudando a conhecer mais da sua doença e avaliar os conhecimentos que eles têm para melhorar a qualidade de vida deles, mas ainda não temos um bom funcionamento dos grupos de pacientes hipertensos e diabéticos. Na realidade eles

procuram atendimento quando ficam descompensados, sendo nosso desafio o trabalho na prevenção e no acompanhamento. Por isso estamos trabalhando para incentivar a participação deles nas atividades programadas, e mudar o conceito que o médico só faz função curativa e mostrar nossa verdadeira ferramenta de trabalho na equipe, que é a promoção e prevenção em saúde. Normalmente eles são orientados para participarem, mas a maioria das vezes não tem adesão. Realizamos visitas domiciliares.

Como a maioria dos programas em nossa unidade, os registros utilizados não permitiram o preenchimento adequado do CAP, pois temos uma grande dificuldade na organização e registro das atividades, sendo outra meta para nosso trabalho. A estimativa de hipertensos maiores de 20 anos de idade pelo CAP (53%, ou seja, 489 usuários com hipertensão), não coincide com a nossa realidade, pois ainda não temos o total da população cadastrada e há pessoas com hipertensão e Diabetes que não estão sendo acompanhado, esse trabalho se dificulta um pouco pelas características da comunidade fundamentalmente na forma de moradia.

Em minha UBS fazemos atendimento às pessoas idosas, todos os dias da semana e em todos os turnos, em consulta agendada de acompanhamento especificam duas vezes por semana pelo médico e pela enfermeira; todos os dias são atendidos seus problemas agudos na demanda espontânea, além do médico e a enfermeira todas as pessoas da nossa equipe participam desse tipo de atendimento, depois ter feita a consulta programada, eles saem com agendamento para a próxima consulta o que facilita um maior controle deles em nosso serviço. Mas não fazem o atendimento programático.

Uma dificuldade que estamos apresentando é que não trabalhamos com um protocolo específico, só temos as orientações do Caderno de Atenção Básica No. 19 Envelhecimento e saúde da pessoa idosa do Ministério de Saúde, 2013. Mas trabalhamos o melhor possível cumprindo com os elementos básicos nas consultas de acompanhamento, assim como utilizando testes e escalas existentes para a avaliação. Além das consultas são feitas outras atividades como imunização, promoção de alimentação saudável e outros estilos e modos de vida saudáveis para prevenir agravos da saúde. Atualmente estamos apenas começando a organizar o trabalho com os grupos, em ocasiões é dificultado, pois a população tem dificuldade de adesão, mas continuamos nosso trabalho educativo ate alcançar nossos propósitos.

Nossa maior dificuldade está nos registros das informações estatísticas: atualmente só faz registro nos prontuários, não existindo um arquivo específico para estes dados. Não temos quantidade suficiente de Cadernetas de Saúde do Idoso e não estamos preenchendo elas ainda, mas realizamos em todas as consultas, ou seja, 100% - 281 idosos: a avaliação multidimensional rápido da capacidade do idoso, avaliação de risco para morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilização na velhice, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e para orientação para atividade física regular. Temos 69% com Hipertensão arterial sistêmica (193), 12% com Diabetes mellitus (34) e 33% com avaliação de saúde bucal em dia (92). Atualmente não existe o estatuto do idoso em nossa UBS.

A atenção domiciliar dos idosos está bem estabelecida, temos registro dos pacientes que necessitam desse tipo de atendimento, e geralmente é feito pelo médico, enfermeiro e os agentes comunitários de saúde, fisioterapeuta e a assistente social. Infelizmente em nossa unidade não existe um grupo de profissionais que se dedique ao planejamento, coordenação e gestão das ações para os idosos, o que dificulta um pouco na organização e execução das ações.

Nossa forma de registro permitiu parcialmente o preenchimento do Caderno de Ações Programáticas, pois ainda temos algumas dificuldades no registro dos dados. A estimativa do número de idosos residentes na área de abrangência, disponível na lista de denominadores do CAP, está perto da nossa realidade. Ainda está faltando um pequeno grupo de idosos que não estão cadastrados por causa do tipo de moradia instável que impede fazer o nosso trabalho com sucesso.

Olhando estes resultados podemos dizer que o programa de atenção aos idosos em nossa unidade está indo bem, com as dificuldades apresentadas, está comparativamente melhor que outros programas.

Sobre a saúde bucal, temos 100% para orientação sobre alimentação saudável e higiene bucal em ações coletivas, os atendidos em primeira consulta programática: 33% em pré-escolares (0-4 anos), 13% em escolares (5 a 14 anos), 20% em outros exceto gestantes (15 a 59 anos), 81% em idosos (60 anos ou mais) e 83% em gestantes. Sobre os indicadores de pessoas com atendimento não programado: 26% de Pré-escolares (0-4 anos), 40% de escolares (5 a 14 anos), 16% de outros exceto gestantes (15 a 59 anos), 19% de Idosos (60 anos ou mais) e 31% em Gestantes.

Eu acho que os maiores desafios principais são com a disponibilidade de recursos materiais e medicamentos, a unidade está precisando de reforma dos locais de trabalho e eu acho que precisa de uma ampliação, porque nela ficam muitas consultas e a sala de espera fica perto das mesmas, o que dificulta um pouco o atendimento dos usuários. Outro aspecto é fazer parceria com os líderes das comunidades e chefias dos bairros para integrá-los no processo de atenção a saúde da família e comunidade, assim como aproveitar sua participação na solução dos principais problemas de saúde na comunidade.

Os principais problemas de saúde detectados são alta prevalência e incidência de Doenças Crônicas não transmissíveis, incidência de doenças transmissível como o dengue nas temporadas de chuva, incorreto tratamento da água para o consumo, dificuldades com a coleta dos residuais sólidos e deficiente educação sanitária da população, nos quais vamos enfocar nossos maiores esforços. De modo geral essa é a situação da nossa UBS.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

O texto inicial sobre a situação da ESF na Casa Saúde da Família Francisco da Silva foi produzido com pouco conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe e com isso, as informações foram superficiais, pois não tínhamos conhecimento do Manual de Estrutura física das Unidades Básica de Saúde. Após a leitura deste Manual e do direcionamento através de questões reflexivas, foi possível organizar um Relatório da análise situacional através de uma análise detalhada da realidade da Unidade de saúde.

No relatório da Análise situacional a contextualização do trabalho realizado na Unidade de saúde foi diferente, pois exploramos diversos itens de análise para compor este relatório. Abordamos sobre os serviços de saúde ofertados no município, caracterizamos o perfil físico da Unidade de saúde, apresentando suas limitações e potencialidades, descrevemos sobre as atribuições dos profissionais que compõe a equipe, apresentamos quantitativa e qualitativamente os indicadores de saúde das principais ações programáticas ofertadas, e apresentamos sugestões de como melhorar em cada ação realizada.

Depois de comparar os dois textos, identificamos no segundo os problemas que não foram avaliados no primeiro texto, os dois textos nos ajudarem a perceber a importância da organização dos registros e informações para buscar soluções aos problemas identificados e melhorar o processo de trabalho na Unidade de saúde.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS e a DM são doenças crônicas não transmissíveis que tem uma alta incidência e prevalência em quase todo o mundo. No Brasil tem muitos casos de pessoas que sofrem com essas doenças, elas estão presentes também em nossa área. Ambas se comportam como fatores de risco para outras doenças como doenças cardiovasculares, doenças cerebrovasculares, insuficiência renal crônica entre outras, daí a importância de se prestar um bom tratamento para o controle das mesmas. A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. É estimado que o Brasil passasse a 6ª posição, 11,3%, em 2030. Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados a este incremento na carga de diabetes globalmente (OMS, 2003). A finalidade da ação programática da HAS e DM é fortalecer e qualificar a atenção às pessoas com essas doenças por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os níveis de atenção. (BRASIL, 2013)

A UBS Francisco da Silva está localizada em Iracema/RR Unidade Básica e é ESF. Estruturalmente a UBS está composta por: uma recepção, sala de espera, farmácia, três banheiros, sala de vacinas, sala de curativo, sala nebulização, sala dos ACS, direção, seis consultórios médicos, um consultório odontológico, consultório de enfermagem, farmácia, e uma copa. O espaço é pequeno, não tem

sala de reuniões. Contempla uma área de abrangência de 8.152 usuários, aproximadamente. Nossa equipe está composta por um médico, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde. Temos uma população total de 8.251 habitantes, sendo 5.139 do sexo feminino e 3.112 do sexo masculino.

Enquanto a população alvo, temos cadastrado na UBS somente 489 hipertensos (53%) e 56 diabéticos (21%) tendo em considerando a área adstrita das quatro equipes. Os indicadores de qualidade são: temos 73% de atraso da consulta agendada em mais de 7 dias (356) e 11% tanto para os exames complementares periódicos em dia quanto para a avaliação de saúde bucal em dia e realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico (53), temos 100% de orientação sobre prática de atividade física regular e de orientação nutricional para alimentação saudável segundo o CAP, já em relação aos diabéticos, temos 21% do total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS (56) e, em relação aos indicadores de qualidade temos somente dois indicadores com 100%, que são a orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável (56), já com 38%, temos estes indicadores: com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses e com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses (21). Temos 77% dos diabéticos com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias (43) e 27% com avaliação de saúde bucal em dia (15).

As pessoas descompensadas têm um atendimento especial, com o objetivo de diminuir as complicações e tratar a doença. O atendimento é feito pelo médico ou enfermeiro da unidade. São realizadas palestras, ajudando a conhecer mais da sua doença e avaliar os conhecimentos que eles têm para melhorar a qualidade de vida deles. No entanto, essas medidas ainda se mostram insuficientes, visto as dificuldades que apresentamos no serviço.

Visando todas às dificuldades, decidimos como foco da intervenção o grupo de hiperdia, temos que os registros utilizados não permitem preencher adequadamente o Caderno de Ações Programáticas, pois temos uma grande dificuldade na organização e registro das atividades, sendo este um dos principais desafios para o desenvolvimento do nosso trabalho. A estimativa de pacientes

hipertensos maiores de 20 anos de idade não coincide com a nossa realidade, pois ainda não temos o total da população cadastrada e ficam pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes que não estão sendo acompanhado, este trabalho se dificulta um pouco pelas características da comunidade fundamentalmente na forma de moradia. Outra dificuldade que é importante destacar é que das quatro equipes que trabalhavam na unidade, atualmente só contamos com três, pois uma faltou membros de enfermagem e foi desintegrada. A população atendida por esta equipe mora longe da unidade de saúde e o acompanhamento não é feito com qualidade. Além disso, a falta de farmácia popular no município e a cobertura muito baixa, quase nula dos medicamentos controlados na farmácia da unidade, agrava esta situação.

De modo semelhante, o atendimento odontológico é precário, pois agora cada dentista das equipes faz atendimento somente uma vez por semana. Aliado a todos estes problemas objetivos, temos um problema subjetivo importante, que é o conceito da atenção primária em saúde na população, a qual só procura atendimento quando está doente. Frente a todas estas razões, é importante a desenvolver um projeto de intervenção que defina e oriente as ações planejadas para resolução de problemas e/ou necessidades identificadas nesse âmbito, possibilitando a geração de mudanças e o desenvolvimento da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos nessa realidade de trabalho. Acredito que o fator mais importante que nos ajudará a desenvolver este trabalho é o desejo da equipe em fazer um trabalho melhor, sendo um importante a participação de toda a equipe nesse processo, especialmente dos ACS, que são os membros da equipe mais próximos da população e que podem contribuir deveras ao proporcionar maior engajamento da comunidade em nossa intervenção.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabéticos da UBS Francisco da Silva, Iracema/RR.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2. Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

O projeto será desenvolvido em quatro meses, na UBS Francisco da Silva do município Iracema/RR. Participarão da intervenção todos os pacientes com

Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus. As ações realizadas na intervenção serão baseadas no protocolo de hipertensos e diabéticos do MS (BRASIL, 013). Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações que foram realizadas. O cadastro dos hipertensos e/ou diabéticos na planilha de coleta de dados (ANEXO B) será feito no momento da consulta. Para registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho (ANEXO C).

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura:

Metas:

1.1. Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde Francisco da Silva,Iracema,RR.

1.2. Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde Francisco da Silva,Iracema,RR.

Detalhamento das ações:

Os ACS ficaram responsáveis de passar qualquer modificação nos seus registros das visitas e coleta de dados ao enfermeiro da UBS Cerro do Louro, que por sua vez ficou encarregado preencher e manter atualizado o cadastro no registro específico criado para o programa.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e/ou à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento da ação:

Esta ação vai ser desenvolvida pelo médico, com a revisão semanal, toda 5ª feira, da ficha de espelho de hipertensos e/ou diabéticos na unidade de saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS.
- Garantir material adequado para a medida da pressão arterial (esfigmomanometro, manguitos, fita métrica) e do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento da ação:

Para que esta ação seja desenvolvida, o gestor da unidade, mensalmente, vai garantir por meio da secretaria de saúde as folhas de cadastro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes. assim como garantir os instrumentos necessários para a tomada da pressão arterial, fita métrica para medir circunferência abdominal e para medir estatura. Para melhorar o acolhimento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes primeiramente, realizaremos dois dias na semana de atendimento do HIPERDIA, realizando trabalho com este grupo por meio de palestras, vídeos, panfletos e através das ações para motivar a população a ter uma melhor qualidade de vida.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção a usuários com hipertensão e/ou diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de usuários com hipertensão e/ou diabetes. .

Detalhamento da ação:

Para informar e orientar a comunidade se realizará uma programação de ações que incluem palestras roda de conversas, educação permanente, atendimento aos grupos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Estas ações acontecerão na comunidade, nas visitas domiciliar e na UBS, no qual serão realizadas pelos ACS, enfermeiro, técnicas de enfermagem e os médicos das equipes, duas vezes por semana.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar os ACS para o cadastramento usuários com hipertensão de toda área de abrangência da unidade de saúde.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento da ação:

A capacitação dos ASC para o cadastramento de usuários com hipertensão da área de abrangência e a capacitação da equipe para verificação de pressão arterial serão realizadas na reunião da equipe na primeira semana da intervenção pelo enfermeiro e os médicos na UBS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a usuários com hipertensão e/ou diabetes.

.

Metas

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento da ação:

Em cada consulta de hiperdia o médico e o enfermeiro farão o monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, que serão feitos por os técnicos de enfermagem, o médico e o enfermeiro, no âmbito da consulta e da sala de triagem.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários com hipertensão.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento da ação:

Serão definidas pelo médico na reunião da equipe na primeira semana da intervenção as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários com hipertensão e/ou diabetes estabelecendo periodicidade para atualização dos profissionais, organizaremos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, já na UBS se dispõe da versão atualizada do protocolo de hipertensão e diabetes do Ministério de Saúde (BRASIL, 2013)

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os usuários e à comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento das ações:

Para isto se realizará reuniões com os grupos de usuários com hipertensão e/ou diabetes fazendo uma roda de conversa cada vinte um dia com os médicos, enfermeiro e os agentes de saúde para orientar os usuários sobre os riscos que podem acometer essas doenças e orientá-los sobre a importância dos medicamentos em seu horário, importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento das ações:

Esta capacitação será feita pelo médico em reunião de equipe, na primeira semana da intervenção, para tirar as dúvidas e poder esclarecer mais sobre o assunto abordado e assim melhorar a qualidade de atendimento.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos usuários com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos usuários com diabetes.

a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de usuários com hipertensão e/ou diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

- Monitorar o número de usuários com hipertensão e/ou diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento das ações:

Será agendado o retorno aos quinze dias para ver os resultados dos exames realizados e os que não puderam ser feitos, e marcar uma nova consulta para que o usuário possa trazer todos os resultados e assim poder garantir a realização dos 100% de exames indicados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento das ações:

Para garantir a solicitação dos exames complementares os ACS em suas visitas domiciliares farão uma busca ativa dos usuários com os exames atrasados com mais de três meses. Para isso o usuário será convidado para os dois dias de ação do hiperdia na unidade de saúde onde os dois médicos e o enfermeiro irão indicar os exames necessários.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os usuários e à comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

- Orientar os usuários e à comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento das ações:

Realizara-se reunião com a comunidade cada vinte um dia para orientar a importância de realizar os exames complementares e a periodicidade com que devem fazer, com a participação dos ACS, enfermeira e a medica na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento das ações:

Será realizada a capacitação da equipe na primeira semana da intervenção para orientar a solicitação de exames complementares segundo protocolo, pela medica e a enfermeira na UBS.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de usuários com hipertensão e/ou diabetes que necessitam medicamento da farmácia popular.

Detalhamento das ações:

Realizara-se a capacitação da equipe na primeira semana da intervenção para orientar a solicitação de exames complementares segundo protocolo, pelo médico e o enfermeiro na UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

O farmacêutico realizara controle semanal do estoque (incluindo validade) de medicamentos, além de manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos seus direitos de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento das ações:

Realizara-se reunião com a comunidade mensalmente para orientar sobre os direitos de ter acesso aos medicamentos da farmácia popular e as alternativas para obter este acesso, com a participação dos ASC, enfermeiro e o médico na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento das ações:

Esta atualização será feita pelo médico em reunião de equipe, na primeira semana da intervenção, e se capacitara a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamento na farmácia popular ou na UBS.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes. .

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar os usuários com hipertensão e/ou diabetes que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações:

O médico e o enfermeiro organizaram uma vez por mês uma ação para a necessidade de atendimento odontológico dos usuários com hipertensão e/ou diabetes provenientes da avaliação odontológica feita durante as consultas médicas , da necessidade de atendimento odontológico na UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com hipertensão e/ou diabetes..

- Organizar a agenda de saúde bucal para a realização da consulta odontológica dos usuários com hipertensão e/ou diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações:

O médico e o enfermeiro organizaram uma vez por mês uma ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com hipertensão e/ou diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento das ações:

Realizara-se reunião com a comunidade cada vinte um dia para orientar sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal especialmente dos

usuários com hipertensão e/ou diabetes, com a participação dos ASC, as assistentes de saúde bucal enfermeiro e médico, na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento das ações:

Realizara-se a capacitação da equipe na segunda semana da intervenção para realizar ações e assim avaliar a necessidade de atendimento odontológico dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou diabetes. ao programa

Metas

3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento das ações:

A organização das visitas domiciliares para buscar os faltosos e da agenda para acolher os usuários com hipertensão e/ou diabetes provenientes das buscas domiciliares serão feitas por todos os membros da equipe com uma periodicidade semanal.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os usuários com hipertensão e/ou diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento das ações:

- Os ACS, na visita domiciliar faram a busca ativa dos usuários faltosos a consulta. Os ACS junto com a recepcionista agendarão a data de consulta dos faltosos, e todos os membros da equipe participarão no acolhimento dos usuários que faltarem às consultas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores dos usuários com hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores dos usuários com hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento das ações:

A informação a comunidade sobre a importância de realização das consultas e o esclarecimento aos usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas serão feitos com uma frequência de vinte um dia na UBS, formando parte dos temas das palestras que serão realizadas com este grupo alvo. Mesmo assim, com esta mesma frequência, ouviremos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar os ACS para a orientação usuários com hipertensão e/ou diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento das ações:

Realizara-se a capacitação dos ASC na reunião da equipe na segunda semana da intervenção para orientar sobre a periodicidade das consultas dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

METAS

- 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.
- 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a qualidade dos registros dos usuários com hipertensão e/ou diabetes acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

- O médico e o enfermeiro da equipe avaliarão semanalmente os registros dos usuários com hipertensão e/ou diabetes acompanhados na unidade de saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento das ações:

O monitoramento da qualidade dos registros dos usuários com hipertensão e/ou diabetes acompanhados na unidade serão feitos com uma periodicidade semanal por parte dos trabalhadores da recepção, o médico e o enfermeiro da equipe. As informações do SIAB serão atualizadas pela trabalhadora que tem essa responsabilidade em nossa UBS com frequência mensal e será monitorizada pelo enfermeiro e o médico com a mesma frequência. Com a equipe vamos organizar um sistema de registro viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consultas de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvos, e o estado de compensação da doença, além de implantar a ficha de acompanhamento.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento das ações:

Será realizada reunião com a comunidade mensalmente um dia para orientar sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde a acesso a segunda via se necessários, com a participação dos ASC, médico e o enfermeiro, na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento das ações:

Realizarei como médico a capacitação de todos os profissionais na reunião da equipe na primeira semana da intervenção para orientar sobre o preenchimento e registros adequados dos procedimentos clínicos em todas as consultas dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Objetivo 5: Mapear usuários com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de usuários com hipertensão e/ou diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento das ações:

Monitorar-se o número de usuários com hipertensão e/ou diabetes com a realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por um ano de forma semanal pelo médico e enfermeiro na UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. - Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento das ações:

Todos os dias o pessoal da recepção vai dar prioridade ao atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco e organizarão a agenda para o atendimento desta demanda.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

- Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento das ações:

A orientação dos usuários quanto ao seu nível de risco à importância do acompanhamento regular será realizada pelos ACS em suas visitas domiciliares, o esclarecimento aos pacientes da comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação), serão realizados pelos membros da equipe (médico, enfermeiro, técnica de enfermagem e ASC), em palestras com uma frequência de vinte um dia.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento das ações:

A capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do registro desta avaliação e sobre as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis será realizada pelo enfermeiro e o doutor de equipe no âmbito da reunião da equipe na data correspondente a reunião da equipe na primeira semana da intervenção.

Objetivo 6: Promover a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento das ações:

O monitoramento da realização de orientação nutricional aos usuários com hipertensão e/ou diabetes será feito pelo enfermeiro da equipe no âmbito da unidade básica de saúde com uma frequência semanal, na consulta do hiperdia, esta

orientação nutricional vai ser realizada pelos técnicos de enfermagem na sala de recepção o próprio dia da consulta de hiperdia.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento das ações:

A organização de prática coletiva sobre alimentação saudável com a finalidade de garantir orientações em nível individual será feita uma vez por mês em reunião da equipe, liderada pelo enfermeiro e a nutricionista da UBS, com uma frequência mensal.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar aos usuários com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento das ações:

Será realizada uma reunião com os grupos dos usuários com hipertensão e/ou diabetes mensalmente para orientar a eles e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável será feito pôr a enfermeira, ACS e medica na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento das ações:

Realizara-se a capacitação de todos os profissionais na reunião da equipe na segunda semana da intervenção para orientar sobre a prática de alimentação saudável e sobre metodologia de educação em saúde pelo médico e o enfermeiro.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão. .

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com diabetes.

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento das ações:

O monitoramento da realização de orientação para atividade física aos usuários com hipertensão e/ou diabetes será feito pelo enfermeiro da equipe no âmbito da unidade básica de saúde com uma frequência semanal, na consulta de hipertensão, esta orientação vai ser realizada pelos técnicos de enfermagem na sala de recepção no próprio dia da consulta de hipertensão e com o apoio do preparador físico da UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento das ações:

A organização da orientação da atividade física e a organização do tempo médio da consulta com a finalidade de garantir orientações em nível individual serão feitas uma vez por mês em reunião da equipe, liderada pelo chefe da equipe; e a participação do educador físico nesta atividade será feita pelo médico, enfermeiro e o educador físico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar aos usuários com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento das ações:

Será realizada uma reunião com os grupos de usuários com hipertensão e/ou diabetes mensalmente para orientar a eles e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável será feita pela enfermeira, ACS e médica na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento das ações:

A capacitação da equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e metodológicas de educação em saúde será feita na segunda semana de início do projeto pela doutora e a enfermeira da equipe.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com diabetes

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento das ações:

O monitoramento da realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com hipertensão e/ou diabetes será feito pelo enfermeiro da equipe no âmbito da unidade básica de saúde com uma frequência semanal na consulta de hiperdia, esta orientação vai ser realizada pelos técnicos de enfermagem na sala de recepção o próprio dia da consulta de hiperdia.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar aos usuários com hipertensão e/ou diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento das ações:

Todos os membros da equipe que estejam envolvidos no atendimento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, farão orientação à comunidade e ao grupo alvo em questão sobre a importância do abandono ao tabagismo, além de dar orientação aos usuários com hipertensão e/ou diabetes sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo com uma frequência semanal, em cada visita domiciliar e cada consulta de hiperdia.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento das ações:

A capacitação da equipe da unidade de saúde para o tratamento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes tabagistas, sobre metodologias de educação em saúde será feita na segunda semana de início do projeto pelo médico e o enfermeiro da equipe.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão;.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos usuários com hipertensão e/ou diabetes

Detalhamento das ações:

O monitoramento da realização de orientação sobre higiene bucal para usuários com hipertensão e/ou diabetes será feito pela enfermeira e medico da equipe no âmbito da unidade básica de saúde com uma frequência semanal, na consulta do hiperdia, esta orientação vai ser realizada pelos técnicos de enfermagem na sala de recepção o próprio dia da consulta de hiperdia.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento das ações:

A organização do tempo médio com a finalidade de garantir orientações em nível individual será feita uma vez por mês em reunião da equipe cada quinze dias, pela medica e a enfermeira na UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar aos usuários com hipertensão e/ou diabetes e sua família sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento das ações:

Realizara-se uma reunião com os grupos de usuários com hipertensão e/ou diabetes cada vinte um dia para orientar a eles e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável será feito pelo enfermeiro, ACS e o médico na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento das ações:

A capacitação da equipe da unidade de saúde para oferecer orientações de higiene bucal será feita na segunda semana da intervenção pelo médico na reunião da equipe.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura aos usuários com hipertensão e/ou diabetes

Meta 1.1 Cadastrar 50% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção aos usuários com hipertensão na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 50% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: 1.2. Cobertura do programa de atenção aos usuários com diabetes na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 2.1 Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 2.2. Proporção de usuários com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de usuários com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos usuários com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3. Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de usuários com hipertensão com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos usuários com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4. Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de usuários com diabetes com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5. Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6. Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 2.7. Proporção de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes Indicador 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de usuários com diabetes inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção dos usuários com hipertensão faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de usuários com hipertensão faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2. Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2. Proporção de usuários com diabetes faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de usuários com diabetes faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1. Proporção de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2. Proporção de usuários com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear usuários com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1 Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2. Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 6.1. Proporção de usuários com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes

Indicador 6.2. Proporção de usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários com diabetes s que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 6.3. Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes usuários com diabetes.

Indicador 6.4. Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador: 6.5. Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 6.6. Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes usuários com hipertensão.

Indicador 6.7. Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes

Indicador 6.8. Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Depois de discutir a análise situacional e a definição de um foco para intervenção com a equipe começaremos a intervenção com a capacitação sobre hipertensão e diabetes com o Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2013) para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, será no horário tradicional utilizado para reunião da equipe. O médico e o enfermeiro da equipe estudarão o manual técnico para expor uma parte do conteúdo aos outros membros da equipe. Assim sucessivamente se realizará as capacitações de cada tema proposto. Estas capacitações serão feitas na primeira semana da intervenção e, caso não consigamos esgotar os temas na primeira semana, iremos utilizar o espaço da reunião de equipe para dar continuidade aos temas para a capacitação da equipe.

No processo de monitoramento e avaliação dos registros, o enfermeiro examinará a ficha espelho dos usuários com hipertensão e/ou diabetes (utilizarei a disponibilizada pelo curso) identificando aqueles usuários que estão com exame clínico, exames laboratoriais, consultas e atendimento odontológico em atraso. O agente de saúde fará busca ativa de todos os usuários com atraso, correspondente a seu micro área. Estimamos seis hipertensos por semana, totalizando 24 por mês e três diabéticos por semana, totalizando doce por mês. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na reunião da equipe.

O gestor da unidade, mensalmente, vai garantir por meio da secretaria de saúde as folhas de cadastro de usuários com hipertensão e/ou diabetes, assim como, garantir os instrumentos necessários para a tomada de pressão arterial, fita métrica para medir circunferência abdominal e material necessário para a realização do hemoglicoteste, assim como o fornecimento à farmácia da UBS dos medicamentos destes usuários. O acolhimento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem e todos os usuários com tomada de pressão arterial acima do normal e glicose alterada em jejum serão atendidos no mesmo turno para ampliar a cobertura dos usuários com estas doenças.

Usuários com hipertensão e/ou diabetes com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para evitar complicações. Os usuários com hipertensão e/ou diabetes que buscarem consultas de rotina provenientes das visitas domiciliares

e busca ativa dos ACS terá prioridade no agendamento, os pacientes avaliados como risco cardiovascular terão prioridade no dia da consulta do programa de HAS e DM. Os atendimentos, de um modo geral, para os usuários com hipertensão e/ou diabetes ocorrerão todos os dias na semana, e os dia de quarta feira será o dia específico para esse grupo. Os usuários que vierem a consulta sairão da Unidade de saúde com a próxima consulta agendada.

Para garantir a solicitação dos exames complementares, os ACS em suas visitas domiciliares farão uma busca ativa dos usuários com os exames atrasados com mais de três meses. Com isso, o usuário será convidado para o atendimento clínico na unidade de saúde onde os médicos e os enfermeiros irão indicar os exames necessários. O gestor municipal terá a função de garantir os exames necessários dos usuários, para isto na primeira semana da intervenção realizaremos uma reunião com o gestor.

Nas reuniões de equipe semanalmente, os ACS informarão os usuários faltosos de suas respectivas áreas para que realizem a busca ativa destes usuários semanalmente para que seja agendada a consulta.

As atividades de orientação sobre cuidados à saúde e engajamento público ocorrerão nas consultas clínicas e nas palestras que serão realizadas nas reuniões com este grupo, mensalmente na Unidade de saúde. Os profissionais responsáveis para o desenvolvimento do grupo são enfermeira, ACS e o médico. Para estas ações vai se garantir, quinzenalmente, a participação da nutricionista e um educador físico em seu defeito o fisioterapeuta da unidade, nas reuniões com este grupo de educação em saúde.

Para garantir a atenção odontológica, o primeiro é engajar ao serviço de odontologia no programa, encaminhar a todos os pacientes do grupo para esse serviço garantir um dia na semana para os usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus, estamos providenciando deixar três vagas diárias para oferecer este atendimento a este grupo de pacientes e envolver no trabalho de visita domiciliar as técnicas em saúde bucal, a reunião com a equipe de odontologia será na primeira semana.

Para garantir a divulgação do projeto na comunidade, faremos contato com a associação de moradores e com representantes da comunidade nas igrejas, comércios da área de abrangência para apresentar o projeto e esclarecer a importância deste programa, a equipe realizara ações que incluem palestras,

educação permanente, atendimento aos grupos de usuários com hipertensão e/ou diabetes. Estas atividades ocorrerão na comunidade, nas visitas domiciliares, na Unidade de saúde, realizados pelos ACS, enfermeira, técnicas de enfermagem e os médicos das duas equipes.

3 Relatório da Intervenção

Depois de avaliar a realidade epidemiológica de nossa área de abrangência e as diferentes temáticas para desenvolver o projeto da intervenção na UBS, escolhemos a ação programática relacionada ao programa de atenção à hipertensão arterial sistêmica e à diabetes mellitus como foco de atenção uma vez que tinha uma fragilidade maior no processo de trabalho do ESF de nosso município. A intervenção foi realizada em 4 meses como estava previsto no cronograma (de março a junho de 2015).

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante a intervenção as ações previstas no cronograma foram desenvolvidas. Para facilitar o desenvolvimento das ações, a dedicação de toda a equipe foi o fator principal, além do apoio da comunidade e do gestor, a periodicidade do grupo com as pessoas com hipertensão e diabetes, e o estabelecimento do papel de cada profissional antes do início da intervenção.

A capacitação dos membros da equipe foi desenvolvida durante as reuniões da equipe, na primeira semana da intervenção foi realizada a capacitação dos membros da equipe sobre o cadastramento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes como e demais capacitações que estavam prevista no projeto. Foi realizado o cadastramento dos usuários que compareceram a UBS de forma espontânea e pela busca dos ACS.



Figura 1: Equipe em visita domiciliar da UBS Francisco da Silva, Iracema/RR, 2015.

Os usuários foram cadastrados no momento da consulta, o agendamento dos usuários foi programado pelos ACS, e mediante agenda aberta. O atendimento ocorria todos os dias da semana mediante agenda aberta para aqueles que procurarem de forma espontânea, aqueles que tinham consulta agendada pelos ACS, eram consultados nos dias de quarta e quinta feira.

A avaliação odontológica foi realizada nas consultas médicas e as consultas odontológicas em algumas ocasiões tiveram dificuldade da energia elétrica, depois da manutenção no mês de maio melhorou o atendimento. O registro das pessoas antes da intervenção tinha problemas; tínhamos usuários com mais de um prontuário que dificultava um seguimento adequado, logo antes de começar a intervenção com ajuda dos ACS e a recepcionista colocamos os registros dos usuários com hipertensão e/ou diabetes num arquivo independente das pastas dos familiares como antigamente era feito isto melhorou o registro e já forma parte da rotina do serviço.

O contato com a liderança foi desenvolvida parcialmente, com ajuda dos ACS o trabalho foi divulgado, um dos ACS com um carro de som ajudou na divulgação das ações, e pouco a pouco a população foi aceitando e gostado da nova forma de atendimento.

O gestor apoiou com a disponibilização das fichas espelho, oferecendo o espaço para a realização das reuniões da equipe, e com sua participação em algumas delas, na parte final foi fundamental o apoio da gestão municipal e da equipe garantindo os medicamentos para este grupo prioritário.



Figura 2: Médico realizando visita domiciliar da UBS Francisco da Silva, Iracema/RR, 2015.

Quanto ao registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes foi garantido adequadamente, e, para facilitar, criou-se uma pasta independente para arquivo dos prontuários na recepção e registro foi feito também mediante a ficha espelho disponibilizada pelo curso.

O acolhimento na unidade foi melhorado e ainda continua-se trabalhando neste sentido, principalmente com os usuários com hipertensão e/ou diabetes. Para melhorar este acolhimento, foi preciso estabelecer um dia para o atendimento deles, além de uma sala para a escuta da demanda espontânea, já que a princípio fazia-se sem privacidade na mesma área de espera. Nesta sala de acolhimento eles foram agendados pela enfermagem com a prioridade requerida de acordo com a avaliação do risco, mas apresentamos dificuldades com o aparelho para a realização do hemoglicoteste, que nas últimas semanas quebrou e os usuários tinham que ir ao

hospital para realizar a glicemia. No monitoramento das ações não houve dificuldades foi feito após as reuniões de equipe semanais por mim e pelo enfermeiro, onde foram monitoradas as ações desenvolvidas na semana anterior e planejassem, de acordo com o cronograma, as ações a serem desenvolvidas na semana.

A parceria com a comunidade para desenvolver a intervenção foi cumprida parcialmente, pois, tivemos dificuldades para a mobilização e articulação com todos os líderes da comunidade, mais na primeira reunião com a comunidade participaram 25 usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes, com o apoio da nutricionista, o fisioterapeuta, e uma das odontóloga da UBS foram desenvolvidas ações educativas para este grupo de usuários, inclusive disponibilizaram lugares para as ações com o grupo de usuários com hipertensão e/ou diabetes, todas as quarta feira antes da consulta foram realizadas palestras educativas para este grupo de usuários. Já na ultima atividade com o grupo alvo durante o período da intervenção participaram 36 usuários e eles então muitos satisfeitos com o trabalho desenvolvido. Todas estas atividades ajudaram a uma maior adesão dos usuários e a mudar o conceito que tinham os usuários de procurar a unidade para troca de receita o intercorrência e procurarem mais a unidade com fim preventivo o verdadeiro objetivo da atenção básica. Para superar essa fragilidade, é preciso que o conselho local de saúde se sinta comprometido com a população que representa e participe de forma ativa no processo de saúde comunitária.



Figura 3: Grupo de **usuários com hipertensão e/ou diabetes** na UBS Francisco da Silva, Iracema/RR, 2015.



Figura 4: Grupo de idosos com hipertensão e/ou diabéticos na UBS Francisco da Silva, Iracema/RR, 2015.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

De forma geral todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

No que tange à coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção e durante o fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores não houve dificuldades, para realizar o cálculo dos indicadores o próprio sistema gera os gráficos e indicadores, de acordo como os dados são inseridos nas planilhas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Durante as 16 semanas do projeto a cobertura dos usuários hipertensos e/ou aumento e a qualidade deste tipo de atendimento melhoraram, as ações planejadas foram incorporadas à rotina do trabalho da unidade de saúde, além do curso e o projeto encerrado após estas 16 semanas de intervenção a equipe, os

gestores e a comunidade tem conhecimento que a sistematização das ações continua e é parte da rotina do serviço.

Para garantir que a população alvo de usuários com hipertensão e/ou diabetes sintam-se melhor atendida e a equipe realizar um atendimento de maior qualidade, temos uma tarefa junto aos gestores de garantir a realização de exames complementares em dia, melhorar o atendimento e acompanhamento odontológico daqueles usuários que depois da avaliação odontológica precisaram deste atendimento, trabalhar em conjunto com o Conselho Gestor de saúde para a realização de atividades de promoção e prevenção deste grupo populacional, garantir com os gestores que na farmácia da unidade tenha os medicamentos do quadro básico para os usuários com hipertensão e/ou diabetes.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Na minha UBS possui 3 equipes, pois a quarta equipe foi desintegrada e realizamos a intervenção em duas equipes, porque a terceira tem um médico clínico geral com carga horária de 20 horas semanais. Diante disto, o CAP estava com a estimativa total da UBS, que era 5.153 pessoas, sendo estimado 917 usuários com hipertensão e 262 usuários com diabetes. Considerando a área das duas equipes, chegou-se ao total da população de 3.549 e, pela estimativa da planilha de coleta de dados utilizada pelo curso são 540 usuários com hipertensão e 133 usuários com diabetes, sendo estes os valores utilizados para os denominadores de cobertura.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1. Cadastrar 50% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

O primeiro indicador a avaliar é a cobertura de usuários com hipertensão, na área adstrita das duas equipes, com um total de 540 hipertensos, deles cadastramos 37 no primeiro mês (6,9%), 89 no segundo mês (16,5%), 103 no terceiro mês (19,1%) e 133 no quarto mês (24,6%) (Figura 5).

Ou seja, mesmo que não tenhamos atingido a meta de cobertura proposta, considero um ganho obter este resultado, pois é a implementação de uma ação aonde intervêm muitos fatores, não só dependendo do trabalho da equipe, a busca ativa de usuários nas vistas domiciliares desenvolvida pela equipe, a capacitação a toda a equipe, a melhora no acolhimento aos usuários, às ações desenvolvidas com o grupo de usuários com hipertensão; foram estas ações que nos ajudaram a ter este resultado. O que nos dificultou foi as minhas férias no mês de abril, pois apenas um médico realizou os atendimentos clínicos.

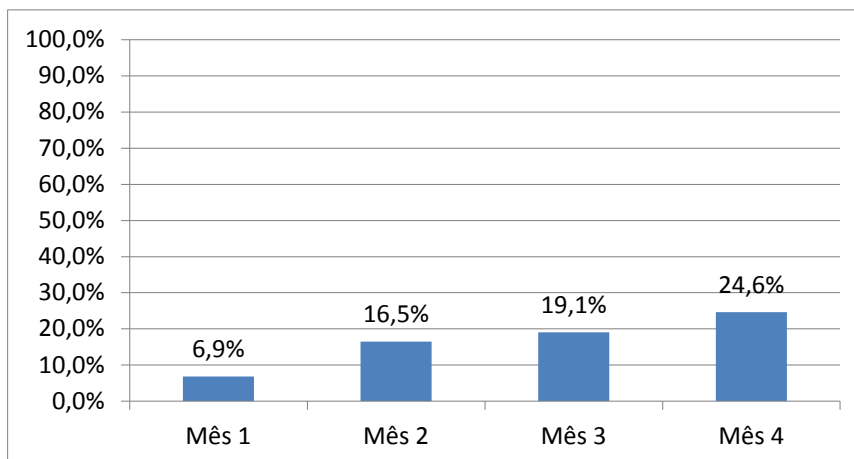


Figura 5: Cobertura do programa de atenção ao **usuários com hipertensão** na UBS Francisco da Silva, Iracema/RR, 2015.
Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.

Meta 1.2: Cadastrar 50% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Em relação à cobertura de usuários com diabetes, na área das duas equipes, temos um total estimado de 133 usuários com diabetes. Durante a intervenção foram cadastrados e atendidos respectivamente nos quatro meses: 15% (20), 31,6% (32), 33,1% (44) e 36,8% (49) usuários diabéticos (Figura 6).

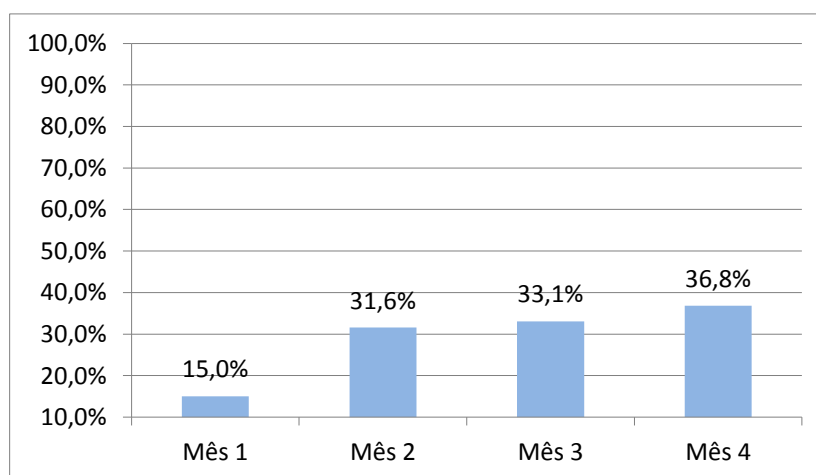


Figura 6: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Francisco da Silva, Iracema/RR, 2015.
Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.

Ressalta-se que a população é migrante e que isto implica na dificuldade de busca ativa e acompanhamento programático regular. Mesmo assim, a busca ativa de diabéticos pelas vistas domiciliares desenvolvidas pela equipe, a capacitação a toda a equipe, a melhora no acolhimento aos usuários, às ações desenvolvida com

os grupo de hipertensos e/ou diabéticos; foram estas ações que nos ajudaram a ter este resultado mesmo não atingindo nossa meta estimada.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

Durante toda a intervenção foram examinados todos os usuários um total de 163, deles 133 usuários com hipertensão, e 49 usuários com diabetes, esta meta foi obtida mediante as ações de acolhimento e por oferecer uma consulta de qualidade a este grupo populacional, aqueles pacientes que por algum motivo de incapacidade ou ser um paciente idoso que mora longe da unidade toda a equipe planejamos e visitamos a ele na sua casa para desenvolver um atendimento de qualidade próprio da APS.

Meta 2.3 Garantir a 100% dos usuários com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Durante a intervenção os usuários com hipertensão que tiveram os exames em dia foram, respectivamente, nos meses: 64,9% (24), 74,2 (66), 66% (68) e 54,1% (72) hipertensos (Figura 7).

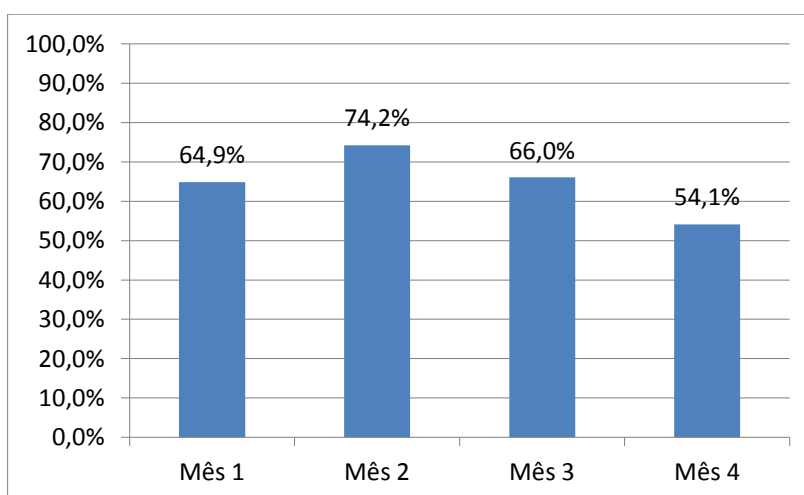


Figura 7: Proporção de **usuários com hipertensão** com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Francisco da Silva, Iracema/RR, 2015.

Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.

Esta meta não foi obtida pela falta de reativo no hospital de nosso município, e a dificuldade de muitos usuários para fazer nos laboratório privado os exames e nos municípios mais pertos também faltou o recurso para realizar os complementares, mais além de não poder obter que o 100% dos usuários tenham feitos os exames complementares a equipe temos o compromisso de procurar a forma e continuar trabalhando para que os pacientes que ainda não tenham feito os complementares possam realizar e nós poder ter avaliação integral que o principal objetivo de nosso dia a dia.

2.4. Garantir a 100% dos usuários com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Durante a intervenção os usuários com diabetes que tiveram exame seguindo o protocolo, foi de 70% (14) no mês 1, nos meses seguintes mantivemos o montante de apenas 33 usuários com diabetes com os exames em dia, sendo assim, a proporção foi de 78,6% no mês 2, 75% no mês 3 e de 67,3% no último mês (Figura 8).

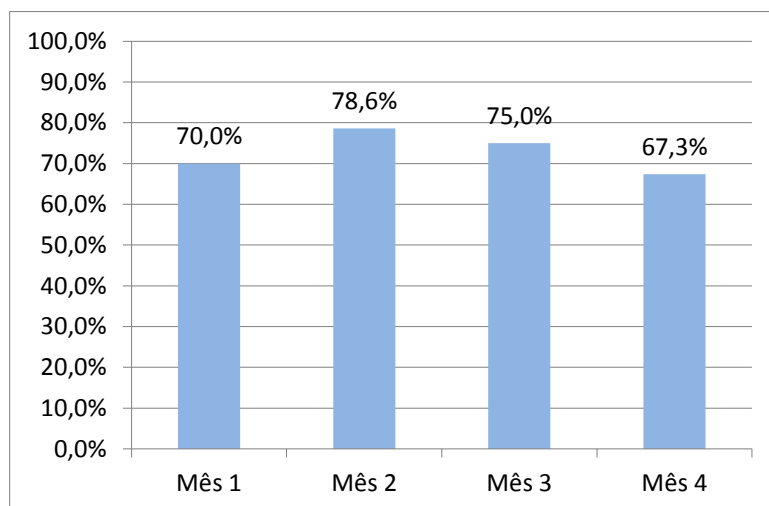


Figura 8: Proporção de **usuários com diabetes** com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Francisco da Silva, Iracema/RR, 2015.
Fonte: Planilha de coleta de dados UNASUS/UFPel, 2015.

Esta meta não foi obtida pela falta de reativo no hospital de nosso município, e a dificuldade de muitos usuários para fazer nos municípios mais pertos, também faltou o recurso para realizar os complementares, mas além de não poder obter que 100% dos usuários, a equipe temos o compromisso de procurar a forma e continuar

trabalhando para que os pacientes que ainda não tenham feito os complementares possam realizar e nós de poder fazer avaliação integral que o principal objetivo de nosso dia a dia.

Metas 2.5. e 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na unidade de saúde.

As metas 2.5 e 2.6 relacionadas com a priorização da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na unidade de saúde foi obtida, sendo 37, 89, 103 e 133 usuários com hipertensão e 20, 42, 44 e 49 usuários com diabetes respectivamente, mais temos uma fraqueza neste objetivo, pois além de obter que 100% dos usuários utilizem medicamentos da farmácia popular, no município não tem farmácia popular e na farmácia da UBS somente no início da intervenção tínhamos alguns medicamentos para este grupo populacional que se esgotou até então e não tivemos reposição.

Metas 2.7 e 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Nestas metas que foram realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, ou seja, sendo 37, 89, 103 e 133 usuários com hipertensão e 20, 42, 44 e 49 usuários com diabetes nos respectivos meses. Esta meta foi obtida nossa unidade de saúde, pois tem consultório odontológico que nos apoiou para obter a meta em parceria com uma das odontólogas e as desenvolvemos desenvolver sem dificuldade este objetivo.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa

Metas 3.1 e 3.2: Buscar 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Para a meta 3.1, em relação aos usuários com hipertensão, no primeiro e no segundo mês não tivemos faltosos, no terceiro mês tivemos somente um que fizemos busca ativa (100%) e no quarto mês tivemos quatro, mas que também realizamos busca-ativa de 100%. No caso da meta 3.2, relacionada aos usuários com diabetes, não tivemos faltosos em nenhum mês.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Metas 4.1 e 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na unidade de saúde.

A meta quatro de manter a ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na unidade de saúde alcançamos a totalidade (100%) dos usuários cadastrados pelas metas 1.1 e 1.2 tanto usuários com hipertensão e/ou diabetes. Para obter esta meta, todos os ACS retiram da pasta do registro antigo da família os prontuários dos usuários que sofrem destas doenças e criamos na recepção da unidade um arquivo para este grupo, além disso, cada um deles tem os registros dos pacientes hipertensos e diabéticos da sua microárea facilitando tanto o acompanhamento registro e a busca ativa dos faltosos.

Objetivo 5. Mapear usuários com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular

Metas 5.1 e 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Realizamos a estratificação de risco em todos os usuários cadastrados da intervenção, tanto usuários com hipertensão e/ou diabetes, ou seja, 100%. Esta meta foi obtida mediante a consulta de cada um dos usuários.

Objetivo 6: Promover a saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Foram orientados 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes nos quatro meses de intervenção, alcançando 37, 89, 103 e 133 usuários com hipertensão e 20, 42, 44 e 49 usuários com diabetes respectivamente desde o primer mês até o quarto mês. Esta meta foi obtida sem problema, mediante as ações de acolhimento aonde foram realizados grupos, durante as consultas e visitas domiciliares assim como apoio da nutricionista da unidade de saúde quem consulta os pacientes que tiveram a necessidade da sua avaliação.

Metas 6.3 e 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Foram orientados 100% dos usuários com hipertensão nos quatro meses de intervenção, alcançando 37, 89, 103 e 133 usuários e 20, 42, 44 e 49 dos usuários com diabetes diabéticos respectivamente nos meses 1 a 4. Assim como as metas anteriores do objetivo 6, foram alcançadas nas consultas, nos grupos realizados e nas visitas domiciliares, com o apoio e capacitação nas primeiras semanas do educador físico e fisioterapeuta.

Metas 6.5 e 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Assim como as metas anteriores do objetivo 6, esta meta foi alcançada integralmente em todos os meses (100%). Foram orientados 100% dos hipertensos nos quatro meses de intervenção, alcançando 37, 89, 103 e 133 usuários e 100% dos usuários com diabetes, ou seja, 20, 42, 44 e 49 respectivamente nos meses 1 a 4. Foram realizados grupos com orientações, além das consultas, visitas domiciliares e a ação de capacitação da equipe.

Metas 6.7 e 6.8: Garantir orientação sobre saúde bucal a 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

As metas 6.7 e 6.8 foram obtidas sem dificuldades alcançando 100% em todos os meses de acordo com os usuários cadastrados, mediante as ações de acolhimento aonde foram realizadas orientações aos grupos, também durante as consultas, visitas domiciliares e a ação de capacitação da equipe.

4.2 Discussão

A intervenção em minha unidade de saúde propiciou ampliar a cobertura da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, a melhoria dos registros com a criação de um arquivo novo para este grupo de usuários, a qualificação da atenção desde o acolhimento dos pacientes até as avaliações por outros profissionais da unidade como a nutricionista, a psicóloga, a equipe de odontologia e também nas consultas médicas, com maior qualidade e ampliação do exame dos pés dos diabéticos para os usuários, garantindo a classificação do risco cardiovascular nos dois grupos e foi estabelecido um dia para desenvolver a consulta de hipertensos e diabéticos que não estava sendo feita até o começo da intervenção.

A intervenção foi o motor impulsor para uma melhor engrenagem de todos os membros da equipe, com a capacitação dos membros da equipe sobre o rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento do grupo de hipertensos e diabéticos. Também nas reuniões da equipe semanais aonde os agentes comunitários de saúde, a técnica de enfermagem, o enfermeiro e o médico semana planejamos nosso trabalho e cada profissional foi tomando com muita dedicação o atributo que correspondia à reorganização da ação programática: os agentes comunitários de saúde foi pedra angular de nosso trabalho, conhecedores do micro área aonde trabalham fazendo o rastreamento dos pacientes, a busca ativa dos faltosos às consultas, colaborando para facilitar nas visitas àqueles usuários que não tinham a possibilidade de ir à UBS, realizando o recadastramento dos usuários foco da intervenção. A recepcionista e a técnica de enfermagem junto com os ACS desenvolveram um acolhimento de qualidade, assim como o enfermeiro e eu, como médicos fizeram o monitoramento das ações, além da assistência complementar oferecida por outros profissionais da unidade como a nutricionista, psicóloga, assistente social, fisioterapeuta e a equipe de odontologia contando com o apoio da gestora em contribuir ao desenvolvimento da intervenção.

Em relação à importância da intervenção para o serviço temos que antes do começo da intervenção na unidade não tinha um dia fixo para este tipo de atendimento, ele era feito só pelo médico e misturado todo os dias, com agendamento aberto para demanda espontânea, sendo a maioria dos atendimentos era para a troca de receitas dos medicamentos, agora com a existência de um dia semanal para este tipo de atendimento e o trabalho feito de acordo com a atribuição profissional por cada um dos membros da equipe, o trabalho é compartilhado. Melhorou-se não só a quantidade de pacientes assistidos, a qualidade do atendimento com a classificação do risco ao estabelecer um atendimento qualificado de acordo com a prioridade de cada caso e também nos registros de acompanhamento programático tanto no atendimento dos pacientes agendados quanto os de demanda espontânea.

A comunidade de forma geral está muito contente com este tipo de atendimento que antes não era feito nem organizado na unidade, os pacientes deste grupo além do atendimento clínico, também tem a possibilidade de ser acolhido com a demanda espontânea em outros horários, mas é só o começo de um longo caminhar neste tipo de atendimento e os pacientes vão se conscientizando da

importância do acompanhamento regular e a visita domiciliar. Temos que trabalhar melhor para seguir garantindo o atendimento segundo a prioridade de cada usuários e, além da cobertura obtida, temos que continuar a trabalhar para que possamos atingir 100% da cobertura dos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Com os nossos ganhos junto à equipe e com o apoio da comunidade em pouco tempo podemos este resultado, e ainda mais importante, com a qualidade que merece a nossa população.

Acho que se fosse começar neste momento a intervenção, seria mais minucioso na hora de obter os dados para realizar a análise situacional, procuraria um convênio intermunicipal através das secretarias de saúde dos municípios vizinhos para facilitar a realização dos exames complementares e seria mais exigente com os gestores para procurar garantir as medicações do quadro básico correspondente a este grupo de usuários com hipertensão e/ou diabetes na Farmácia Popular no município. Além disto, faria maior contato e me apoiaria melhor nos líderes da comunidade para buscar uma maior compreensão da comunidade sobre a prioridade deste atendimento, mas, como já falei que este atendimento está incorporado na rotina do trabalho, pouco a pouco a equipe com um maior apoio da comunidade e dos gestores podemos obter melhores resultados.

Como já buscamos inserir este atendimento na rotina da unidade e cada membro da equipe conheceu a ação programática de acordo com o que é preconizado pelo Protocolo, assim como a comunidade teve conhecimento da intervenção e reorganização, só temos que aumentar a qualidade do atendimento e procurar que os gestores garantam as medicações preconizadas pela Farmácia popular para este foco, no qual é uma das debilidades na qualidade do atendimento, pois temos muitos usuários que não tem condições para a compra dos mesmos. Possuir em nossa rede de saúde esses medicamentos é um incentivo a mais para a permanência da consulta. Considero que as planilhas oferecidas pelo curso da UFPel são muito boas e o registro das informações permitiram realizar uma boa intervenção.

Nossos próximos passos estão encaminhados a manter esta ação programática para melhorar cada dia mais o acesso e a qualidade, e tomando como exemplo este trabalho, pretendemos desenvolver o programa da saúde da pessoa idosa em nossa UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados Gestores,

Na Casa de Saúde da Família Francisco Da Silva, de Iracema/RR foi implantado um projeto de intervenção relacionado com a atenção a saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes, durante um período de 16 semanas, iniciando no mês fevereiro e finalizando no mês de junho de 2015. Para a escolha de foco de intervenção na atenção de usuários com hipertensão e/ou diabetes organizamos um Relatório sobre a Análise Situacional da realidade epidemiológica da área, encontrando como necessidade primordial investir na saúde dos usuários usuários com hipertensão e/ou diabetes

O objetivo principal do projeto foi ampliar a cobertura do programa de atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, e melhorar a atenção do mesmo, já que tínhamos na área de abrangência muitos usuários sem um adequado acompanhamento médico. A estimativa de hipertensos na área adstrita pela população de mais de 20 anos é de 520 hipertensos e 133 diabéticos. Nossa primeira meta proposta foi ampliar uma cobertura de 50% de cadastro dos hipertensos e 50% dos diabéticos. Durante os quatro meses da intervenção, conseguimos atingir 133 (24,6%), e 49 diabéticos (36,8%), durante a intervenção diagnosticamos novos casos de hipertensos e diabéticos que se encontravam com sintomas da doença mais não se houveram diagnosticado de não realizar esta intervenção, revelando a importância deste projeto na captação de novo usuários ao serviço.

Melhoramos a qualidade da atenção clínica além da realização dos exames complementares a estes grupos, pois a todos os usuários foram examinados

cl clinicamente, e receberam indicaçãõ para realizar os exames complementares, ajudando no processo de estratificaçãõ de risco. Enquanto aos complementares realizados tivemos fraqueza pela falta de kit e a falha do laboratõrio do municõpio de nãõ oferecer todos os exames e a carẽncia de recurso da populaçãõ alvo, desta forma, os valores que encontramos foram: o 100% dos hipertensos e diabẽticos cadastrados foram examinados clinicamente, 72 usuãrios com hipertensãõ (54,1%) e 33 usuãrios com diabetes (67,3 %) realizaram os exames complementares solicitados pela equipe de saũde da Unidade.

Outro dos ganhos da intervençãõ foi priorizar a prescriçãõ de medicamentos da farmãcia popular realizado para 100% destes usuãrios, alẽm que no momento da intervençãõ tĩnhamos poucos e em ocasiões nenhum medicamento na farmãcia da UBS para os usuãrios com hipertensãõ e/ou diabetes. Mesmo que neste momento põs-intervençãõ temos este ganho da farmãcia estar garantindo quase todos os remẽdios para estes usuãrios com nosso esforço e o compromisso dos gestores da unidade e a secretaria municipal de saũde, estes indicadores na intervençãõ ficaram prejudicados. A realizaçãõ da avaliaçãõ odontolõgica para estes grupos foi atingida em 100% dos hipertensos e/ou diabẽticos, com o apoio das equipes odontolõgicas da unidade.

Foi criado o grupo de usuãrios com hipertensãõ e/ou diabetes o qual funciona com uma frequẽncia mensal onde se oferece palestras, rodas de conversas sobre orientaçãõ nutricional e alimentaçãõ saudãvel, prãtica de atividade fĩsica regular, orientaçãõ sobre tabagismo e a importãncia da higiene bucal aos usuãrios e seu familiar, estamos garantindo um acolhimento com melhor qualidade, priorizando o agendamento deste grupo populacional dependendo da classificaçãõ de risco cardiovascular, disponibilizamos um dia por semana para o atendimento destes usuãrios, alẽm disso, o atendimento da demanda espontãnea dos mesmos qualquer outro dia da semana. Melhoramos as visitas domiciliares por parte dos ACS priorizando aqueles usuãrios com agravos que dificultaram sua vinda a consultas, assim como, a busca ativa de novos usuãrios com hipertensãõ e/ou diabetes e a busca ativa dos faltosos à consulta.

O que facilitou o cumprimento das metas foi o compromisso assumido por cada um dos profissionais da equipe no desenvolvimento de sua tarefa no projeto e a capacidade de gerenciamento do gestor da Unidade de saũde para procurar vias de soluçãõ aos problemas enfrentados durante a intervençãõ.

Normalmente cada trabalho tem dificuldades para o cumprimento das metas como as dificuldades que já falei com respeito aos exames e os remédios, a costumes da população de ser apáticos com o fim da integração da comunidade nas ações desenvolvidas na Unidade de saúde, mas o fato é que pouco a pouco as dificuldades estão sendo resolvidas e sempre pode se apresentar uma nova mais nosso compromisso é melhorar cada dia mais o atendimento e continuaremos a tarefa.

Nosso projeto teve uma boa aceitação na comunidade, cujo efeito disso é que já os usuários estão vindos de forma rotineira às consultas e eles conhecem qual é o dia de atendimento e já só não vem a uma simples troca de receita, vem procurando um atendimento integral. Com o apoio da equipe de NASF, a intervenção está se tornando numa verdadeira fortaleza, com a Nutricionista e o fisioterapeuta e, na nossa palestra temos modificado estilos de vida destes usuários, oferecendo estilo de vidas saudáveis com controle dos fatores de risco e houve melhora na adesão ao tratamento.

É um fato que a intervenção contribuiu para a melhoria na atenção a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes e temos que incorporar essas ações na rotina do serviço, garantindo continuidade das mesmas para que assim ampliemos a cobertura a 100% desses usuários, para este logro desejamos continuar contando com o apoio do Gestor a equipe do NASFI, o pessoal de odontologia e todos os membros das duas equipes envolvidas no projeto e a incorporação da outra equipe, além de que sua população seja de difícil acesso.

Atenciosamente,

Dr. Orlando Carbonell Vargas.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Cara Comunidade da Casa Saúde da Família Francisco Da Silva,

Estivemos realizando um projeto de intervenção relacionado com a atenção a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, durante um período de 16 semanas, iniciando no mês fevereiro e finalizando no mês de junho de 2015. Para a escolha desta população alvo foi feita uma análise da situação de saúde de diversos grupos, aonde detectamos algumas dificuldades no acompanhamento desses usuários hipertensos e/ou diabéticos. Estas duas doenças são um dos fatores de risco para desenvolver doenças cardiovasculares que constituem uma das quatro primeiras causas de mortes no Brasil.

Durante os quatro meses da intervenção, conseguimos cadastrar 133 usuários com hipertensão (24,6%), e 49 usuários com diabetes (36,8%), e diagnosticamos novos casos de usuários com hipertensão e/ou diabetes, além de melhorar a atenção para este grupo pertencente à área de abrangência, conseguimos criar um grupo de usuários com hipertensão e/ou diabetes com a realização do encontros mensais onde se oferece palestras, rodas de conversas sobre orientação nutricional e alimentação saudável, prática de atividade física regular, orientação sobre tabagismo e a importância da higiene bucal ao usuários e seu familiar, além disso, tivemos melhoria em todos os serviços oferecidos na unidade, garantindo um acolhimento, priorizando o agendamento destes grupo dependendo da classificação de risco cardiovascular, assim como o atendimento da demanda espontânea para este grupo e uma melhor qualidade das consultas. Ampliamos a oferta de visitas domiciliares por partes dos ACS assim como a busca de novos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

É importante ressaltar que fizemos uma parceria com a equipe do NASF oferecendo aos usuários portadores de hipertensão e diabetes serviços de nutricionista, fisioterapia, assistência social, psicologia e a nova incorporação da farmacêutica trazendo mudança com a compra de remédios para a farmácia do posto com apoio da gestão municipal, ainda falta muito caminho a percorrer e muito trabalho por fazer, como aumentar o incentivo da comunidade para a realização do atendimento odontológico e cuidado da higiene bucal, assim como a realização dos exames complementares e continuar com a melhora da adesão ao tratamento.

Foram identificados os benefícios e as dificuldades que ainda temos, mas precisamos do apoio da comunidade para a busca ativa dos hipertensos e/ou diabéticos que faltam às consultas e desejamos que a própria população possa ajudar facilitando a divulgação das ações que estão sendo desenvolvidas na Unidade de saúde, para assim dar continuidade ao projeto, que já está inserido na rotina da unidade.

Além das dificuldades nosso compromisso com os usuários é oferecer cada dia uma maior qualidade e para isso contamos com o trabalho conjunto da equipe e da comunidade, estimamos uma melhora na qualidade de vida dos usuários com hipertensão e/ou diabetes da nossa área de abrangência.

Atenciosamente,

Dr. Orlando Carbonell Vargas.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Esta experiência de curso a distância foi muito boa para mim, ao princípio foi mais difícil para me poder adaptar a esta forma nova de aprendizagem, pois todos meus ensinos anteriores foram totalmente presenciais, e, a dificuldade com o uso da internet atrapalhou meu desenvolvimento principalmente na primeira unidade, achava mais difícil. Mas com o decorrer do tempo aliado aos meus interesses o desempenho foi melhorando.

Mesmo com o problema da internet ao longo do curso, a participação nos fóruns e o intercâmbio com demais colegas do curso e os orientadores foi enriquecendo meu conhecimento, os estudos de prática clínica, com a revisão da literatura própria do Brasil, me alimentou não só o conhecimento no âmbito da medicina, mas também culturalmente.

A realização dos Testes de Qualificação Cognitiva, e por último, e acho que o mais importante: o verdadeiro vínculo da prática com a teoria em cada unidade desenvolvida foi uma experiência nova, nas primeiras unidades ter uma ampla noção do contexto de saúde da UBS aonde trabalho, logo o projeto de intervenção com um benefício para melhoria de meus conhecimentos e o cumprimento do objetivo principal de garantir uma consulta de qualidade à toda a população, em especial para o grupo de hipertensos e/ou diabéticos que foi o foco da minha intervenção.

Referências


BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>. Acesso em: dezembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.(Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf>. Acesso em: dezembro de 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>> Acesso em: dezembro de 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 2010; 95(1 supl.1): p. 1-51. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>. Acesso em: dezembro de 2014

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Indicadores HAS e DM - Mês 1												
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HÍPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertensos ou da Farmácia Popular?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	1	ANL	70	1	1	1	0		1	1	1	1
2	2	ARS	69	1	0	1	1	0	0	0	1	1
3	3	ALS	76	1	0	1	0		1	1	1	1
4	4	AFCM	73	1	1	1	0		1	1	1	1
5	5	AS	55	1	0	1	0		1	1	1	1
6	6	AM	52	1	1	1	0		1	1	1	1
7	7	AAC	61	1	0	1	1	0	1	1	1	1
8	8	ALS	54	1	1	1	0		1	1	1	1
9	9	AMF	60	1	1	1	0		1	1	1	1
10	10	AVF	65	1	0	1	0		1	0	1	1
11	11	AMS	54	1	0	1	0		1	1	1	1
12	12	AGS	44	1	0	1	0		1	1	1	1
13	13	AB	68	1	0	1	0		1	1	1	1
14	14	AF	41	1	0	1	0		1	1	1	1
15	15	ABP	63	1	0	0	0	0	1	1	1	0
16	16	AS	60	1	1	1	0		1	0	1	1
17	17	ACLL	74	1	0	1	0		1	1	1	0
18	18	APS	80	1	0	1	1	0	1	0	1	1
19	19	AMA	42	1	0	1	0		1	1	1	1
20	20	ARA	69	1	0	1	0		1	1	1	1
21	21	APL	73	1	1	1	0		1	1	1	1
22	22	ANP	80	0	0	1	0		1	1	1	1

Microsoft Excel - 2013_08_15 Coleta de dados HÁS e DM [Modo de Compatibilidade]

INDICADORES

		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4			Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4			
1.1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	RDIV/0	RDIV/0	RDIV/0	RDIV/0		Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	RDIV/0	RDIV/0	RDIV/0	RDIV/0		Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	
	Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e cadastrados na UBS	0	0	0	0			Numerador: Número total de diabéticos residentes na área e cadastrados na UBS	0	0	0			0
	Denominador: Número total de residentes com 20 anos ou mais na área de abrangência da unidade de saúde	0	0	0	0			Denominador: Número total de residentes com 20 anos ou mais na área de abrangência da unidade de saúde	0	0	0			0
2.1	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa	RDIV/0	RDIV/0	RDIV/0	RDIV/0		Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa	RDIV/0	RDIV/0	RDIV/0	RDIV/0		Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa	
	Numerador: número de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa	0	0	0	0			Numerador: número de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa	0	0	0			0
	Denominador: Número de hipertensos residentes na área e cadastrados na unidade de saúde que faltaram às consultas	0	0	0	0			Denominador: Número de diabéticos residentes na área e cadastrados na unidade de saúde que faltaram às consultas	0	0	0			0
3.1	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	RDIV/0	RDIV/0	RDIV/0	RDIV/0		Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	RDIV/0	RDIV/0	RDIV/0	RDIV/0		Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	
	Numerador: número de hipertensos com exames clínico em dia de acordo com o protocolo	0	0	0	0			Numerador: número de diabéticos com exames clínico em dia de acordo com o protocolo	0	0	0			0
	Denominador: Número de hipertensos residentes na área e cadastrados na UBS	0	0	0	0			Denominador: Número de diabéticos residentes na área e cadastrados na UBS	0	0	0			0
3.2	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	RDIV/0	RDIV/0	RDIV/0	RDIV/0		Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	RDIV/0	RDIV/0	RDIV/0	RDIV/0		Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	
	Numerador: número de diabéticos com exames clínico em dia de acordo com o protocolo	0	0	0	0			Numerador: número de hipertensos com exames clínico em dia de acordo com o protocolo	0	0	0			0
	Denominador: Número de diabéticos residentes na área e cadastrados na UBS	0	0	0	0			Denominador: Número de hipertensos residentes na área e cadastrados na UBS	0	0	0			0

Anexo C - Ficha espelho



Especialização em
Saúde da Família
e Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não
 Há quanto tempo tem HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible][illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante